



## Granuloma de Majocchi: presentación clínica y desafíos terapéuticos en lactantes

M.<sup>ª</sup> Fernanda Echeverría Crocco<sup>a</sup>, Bárbara Pizarro Stanke<sup>b</sup>,  
Daniela Castro, Nicolás Arcos Castro<sup>c</sup>

Recibido: 3-noviembre-2025

Aceptado: 21-febrero-2026

Publicado en Internet:  
20-marzo-2026

M.<sup>ª</sup> Fernanda Echeverría Crocco:  
fecheverriacrocco@gmail.com

<sup>a</sup>Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago. Chile • <sup>b</sup>Residente Pediatría. Universidad de los Andes. Santiago. Chile • <sup>c</sup>Facultad de Medicina. Universidad Diego Portales. Santiago. Chile.

### Resumen

#### Palabras clave:

- Dermatoftosis
- Diagnóstico diferencial
- Granuloma
- Terbinafina

El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis profunda poco frecuente, originada por la invasión de dermatofitos en el folículo piloso y la dermis. Aunque suele observarse en adultos, especialmente tras el uso inapropiado de corticoides tópicos, su presentación en lactantes es excepcional y plantea un importante desafío diagnóstico. Presentamos el caso de un niño menor de un año con placas eritemato-descamativas persistentes, refractarias a tratamientos tópicos convencionales. El diagnóstico se confirmó mediante cultivo micológico, que identificó la presencia de dermatofitos. El paciente mostró una evolución favorable tras la administración de terbinafina oral. Este caso destaca la necesidad de incluir el granuloma de Majocchi en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas crónicas en población pediátrica y subraya la importancia del reconocimiento temprano y del inicio oportuno de terapia antifúngica sistémica para evitar retrasos terapéuticos.

### Majocchi Granuloma: Clinical Presentation and Management Challenges in Infants

### Abstract

#### Key words:

- Dermatoftosis
- Differential Diagnosis
- Granuloma
- Terbinafine

Majocchi granuloma is a rare form of deep dermatophytosis caused by fungal invasion of the hair follicle and dermis. While typically reported in adults, often after inappropriate topical corticosteroid use, its occurrence in infants is exceptional and represents a significant diagnostic challenge. We report the case of an infant with persistent erythematous-squamous plaques unresponsive to conventional topical therapies. The diagnosis was confirmed by fungal culture, with detection of dermatophyte growth. The patient achieved complete resolution with systemic terbinafine. This case underscores the importance of considering Majocchi granuloma in the differential diagnosis of chronic skin lesions in children and highlights the value of early recognition and prompt initiation of systemic antifungal therapy to avoid therapeutic delays.

## INTRODUCCIÓN

El granuloma de Majocchi (GM), también denominado perifoliculitis nodular granulomatosa, es una infección fúngica profunda causada por dermatofitos, especialmente *Trichophyton rubrum*<sup>1-3</sup>. Se

caracteriza por la invasión de la dermis y tejido celular subcutáneo tras la disrupción del folículo piloso<sup>2</sup>. A diferencia de las dermatosis superficiales, el GM se manifiesta con lesiones inflamatorias perifoliculares que pueden evolucionar a placas infiltradas, nódulos e incluso abscesos<sup>2</sup>.

Cómo citar este artículo: Echeverría Crocco MF, Pizarro Stanke B, Castro D, Arcos Castro N. Granuloma de Majocchi: presentación clínica y desafíos terapéuticos en lactantes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:71-4. <https://doi.org/10.60147/f775ec26>

Epidemiológicamente, es más común en mujeres adultas y en pacientes inmunosuprimidos por corticoterapia sistémica, neoplasias hematológicas, trasplantes, entre otros<sup>2,4</sup>. No obstante, en individuos inmunocompetentes se ha descrito una asociación con traumatismos cutáneos locales, como fricción, oclusión o microtraumatismos repetidos, que facilitan la ruptura del infundíbulo folicular y la penetración del dermatofito en la dermis, desencadenando la reacción granulomatosa característica<sup>1,5</sup>.

Su incidencia en la población pediátrica ha sido poco reportada, con casos descritos principalmente en escolares, generalmente en cuero cabelludo o extremidades<sup>6</sup>. En lactantes, los reportes son excepcionales<sup>7</sup>. El diagnóstico suele retrasarse, ya que las manifestaciones clínicas pueden simular otras dermatosis inflamatorias o infecciosas, como foliculitis bacteriana, dermatitis eczematosa o lesiones granulomatosas<sup>2</sup>. Además, el uso inapropiado de corticoides tópicos puede enmascarar los signos iniciales y favorecer la progresión de la infección hacia formas profundas<sup>4</sup>. Presentamos el caso de un lactante inmunocompetente con diagnóstico de GM localizado en región glútea.

## CASO CLÍNICO

Lactante de sexo femenino de 18 meses, inmunocompetente y sin antecedentes médicos relevantes, consultó por una lesión eritematosa en la región glútea izquierda, de dos meses de evolución. Inicialmente se observaba una placa eritematosa de aproximadamente 2 cm de diámetro, bien delimitada, de bordes papulosos y forma redondeada (Figura 1A). Posteriormente, evolucionó a una lesión maculopapular eritematosa dispuesta en racimo, con una placa seca en su periferia (Figura 1B).

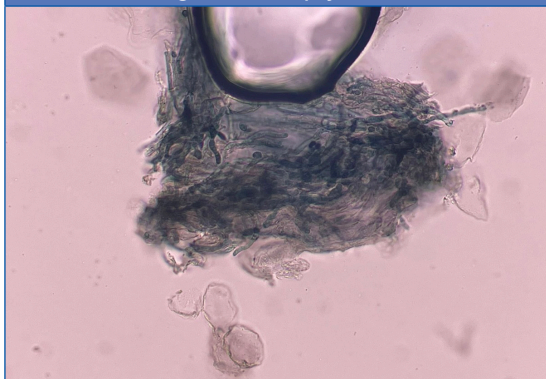
La paciente se encontraba en control dermatológico regular y estaba en tratamiento con mometasona tópica al 0,1%, con leve mejoría inicial seguida de recurrencia y expansión de la lesión. Se instauró luego tratamiento con betametasona y gentamicina (0,05%/0,1%), lo que resultó en un empeoramiento de la lesión (Figura 1C), motivando una nueva consulta.

Ante la refractariedad clínica, se realizó examen micológico directo y cultivo, que resultaron positivos para *Trichophyton rubrum* (Figura 2), lo que motivó el diagnóstico de granuloma de Majocchi. Se inició tratamiento con terbinafina oral a dosis de 62,5 mg/día, con excelente evolución clínica y resolución de las lesiones en cuatro semanas. No

**Figura 1.** Granuloma de Majocchi. Evolución clínica de la lesión. A. Lesiones eritematosas redondeadas en racimo en región glútea izquierda, con bordes elevados, bien definidos. B. Lesión de 4 × 5 cm, patrón en racimo de máculas y pápulas eritematosas, distribuidas de forma circular, de bordes mal definidos. C. Placa eritematosa de mayor extensión e infiltración, con superficie brillante y bordes irregulares activos, en región glútea izquierda. Presencia de lesiones satélite adyacentes. Área afectada aproximada de 7 × 6 cm



**Figura 2.** Granuloma de Majocchi. Examen micológico directo con KOH de muestra de borde de lesión glútea, donde se observan hifas fúngicas septadas, ramificadas y de paredes finas, compatibles con dermatofitos del género *Trichophyton*



se reportaron efectos adversos durante el tratamiento y la paciente permaneció libre de recidiva durante un seguimiento de tres meses.

## DISCUSIÓN

El GM constituye una dermatofitosis profunda cuya patogenia se inicia con la disrupción folicular que permite el ingreso de hifas hacia la dermis<sup>2</sup>. Este proceso se ve favorecido por la secreción de enzimas proteolíticas, lipasas y colagenasas que degradan la matriz extracelular y el folículo piloso<sup>4,7</sup>. Además, los dermatofitos presentan mecanismos de evasión inmunológica, como la producción de glicoproteínas de pared celular y la modulación de la respuesta inmune, bloqueando los receptores tipo Toll (TLR), induciendo linfocitos T reguladores y suprimiendo la respuesta Th1 mientras activan la Th2, lo que favorece una inflamación granulomatosa crónica y perifolicular<sup>2,4</sup>.

El espectro clínico varía en función del estado inmunitario del huésped. En inmunocompetentes, suele limitarse a pápulas o nódulos perifoliculares<sup>2</sup>, mientras que en pacientes inmunosuprimidos se han descrito formas extensas, con abscesos profundos e incluso diseminación sistémica<sup>8,9</sup>.

Aunque la mayoría de los reportes provienen de población adulta<sup>1,3,7</sup>, la entidad se ha descrito

también en Pediatría, con mayor frecuencia en escolares y adolescentes<sup>6,7</sup>, localizándose predominantemente en cuero cabelludo y extremidades. Los casos en lactantes son excepcionales<sup>7</sup>, lo que explica que esta patología pueda ser subdiagnosticada en esta edad, donde con frecuencia se confunde con dermatitis eczematosas, foliculitis bacteriana u otras dermatosis granulomatosas<sup>2,6</sup>.

El uso inapropiado de corticoides tópicos se ha consolidado como un factor de riesgo para la progresión de infecciones superficiales a formas profundas, conocido como tiña incógnita<sup>4</sup>. Este antecedente frecuente no solo retrasa el diagnóstico, sino que puede modificar la morfología clínica, conllevando tratamientos inadecuados<sup>2</sup>.

La confirmación diagnóstica se basa en la histopatología<sup>2,7,9</sup>, que evidencia hifas en el folículo piloso acompañadas de inflamación granulomatosa perifolicular, siendo las tinciones ácido peryódico de Schiff (PAS) y Gomori metenammina de plata (GMS) las más sensibles<sup>7,9</sup>. No obstante, el cultivo micológico conserva un rol esencial, ya que permite confirmar la especie y orientar el tratamiento antifúngico<sup>2,3,7</sup>.

El examen directo con hidróxido de potasio (KOH) puede ser positivo, detectando hifas y esporas. Sin embargo, puede ser insuficiente para distinguir dermatofitosis superficiales de las invasivas, dando resultados negativos incluso en casos de GM<sup>1,2,7</sup>. Series clínicas han mostrado que *Trichophyton rubrum* constituye el agente causal más frecuente, responsable de hasta dos tercios de los casos<sup>2,3</sup>.

El tratamiento requiere antifúngicos sistémicos debido a la profundidad de la infección. La terbinafina se considera actualmente el fármaco de elección por su alta eficacia, rapidez de acción y perfil de seguridad favorable<sup>3</sup>. Estudios recientes confirman que la duración óptima varía entre semanas y meses, según la extensión y el estado inmunológico del paciente.

Este caso contribuye a ampliar el espectro clínico descrito en la literatura, documentando la aparición de GM en un lactante inmunocompetente, una presentación infrecuente. Más allá de su rareza, resalta la importancia de incorporar el cultivo

micológico en lesiones cutáneas crónicas y refractarias, así como reconocer el impacto del uso inadecuado de corticoides tópicos en la progresión de la dermatofitosis.

El GM debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de lesiones eritematosas o nodulares persistentes en la infancia. El diagnóstico temprano y tratamiento antifúngico sistémico son determinantes para optimizar el pronóstico y evitar complicaciones de esta enfermedad.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ilkin M, Durdu M, Karakaş M. Majocchi's granuloma: a symptom complex caused by fungal pathogens. *Med Mycol*. 2012;50(5):449-57. <https://doi.org/10.3109/13693786.2012.669503>
2. Boral H, Durdu M, İlkit M. Majocchi's granuloma: current perspectives. *Infect Drug Resist*. 2018;11:751-60. <https://doi.org/10.2147/IDR.S145027>
3. Bonifaz A, Tirado Sánchez A, Mercadillo P, Fierro Arias I. Treatment of Majocchi granuloma. A retrospective study of 36 cases. *J Dermatolog Treat*. 2021;32(2):264-5. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1646392>
4. Tirado Sánchez A, Ponce Olivera RM, Bonifaz A. Majocchi's Granuloma (Dermatophytic Granuloma): Updated Therapeutic Options. *Curr Fungal Infect Rep*. 2015;9:204-12. <https://doi-org.uandes.idm.oclc.org/10.1007/s12281-015-0234-1>
5. Zheng YY, Li Y, Chen MY, Mei QY, Zhang RZ. Majocchi's granuloma on the forearm caused by Trichophyton tonsurans in an immunocompetent patient. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2020;19(1):39. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00382-y>
6. Marco Campos S, Pariente Martín M, Sequí Canet JM, Angelats Romero CM. Granuloma de Majocchi [Majocchi granuloma]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019;91(4):274-5. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.012>
7. Castellanos J, Guillén Flórez A, Valencia Herrera A, Toledo Bahena M, Ramírez Cortés E, Toussaint Caire S, et al. Unusual Inflammatory Tinea Infections: Majocchi's Granuloma and Deep/Systemic Dermatophytosis. *J Fungi (Basel)*. 2021;7(11):929. <https://doi.org/10.3390/jof7110929>
8. Khodadadi RB, Yetmar ZA, Montagnon CM, Johnson EF, Abu Saleh OM. Majocchi's granuloma-A multicenter retrospective cohort study. *JAAD Int*. 2023;13:104-11. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2023.08.010>
9. Durdu M, Kandemir H, İlkit M, de Hoog GS. Changing Concepts and Current Definition of Majocchi's Granuloma. *Mycopathologia*. 2020;185(1):187-92. <https://doi.org/10.1007/s11046-019-00358-3>

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: diseño del manuscrito, búsqueda bibliográfica, redacción y revisión crítica (MFEC, BP), análisis clínico y revisión del manuscrito (DC), búsqueda bibliográfica, redacción y revisión crítica (NAC).

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

## ABREVIATURAS

**GM:** granuloma de Majocchi.